

# （資料）イタリアの精神保健システムの発展過程とその現状～日本におけるイタリアの先進的な地域精神保健システムの導入の検討～

著者	谷本 千恵
雑誌名	石川看護雑誌
巻	1 6
ページ	9 1 - 9 9
発行年	2019-03
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1301/00000247/">http://id.nii.ac.jp/1301/00000247/</a>

## 資料

# イタリアの精神保健システムの発展過程とその現状 ～日本におけるイタリアの先進的な地域精神保健システムの 導入の検討～

谷本千恵

## 要 旨

日本は民間精神科病院への依存度が高く、長らく収容型精神医療が続いており人権問題となっている。今回、公立精神病院を廃止したイタリアの地域精神保健システムの実態について学ぶためイタリアにおいて現地視察による実態調査に加え、既存文献資料の調査を行った。精神保健センターは地域精神保健サービスの核であり、多職種チームによる精神科治療ならびにリハビリテーション、在宅療養支援が行われていた。サービスは基本的に人口割で供給されているが地域差があり、トリエステを中心とする北部に比べ南部では地域精神保健システムの整備が遅れていることが分かった。イタリア国内でも脱施設化が順調に進んでいない現実も踏まえた上で、歴史的文化的背景の異なる日本に先進的な地域精神保健システムを導入するためにはどうしたらよいか引き続き調査と検討が必要である。

キーワード イタリア、トリエステ、地域精神保健、脱施設化

## 1. 背景

精神障害者の地域移行については、2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」にもとづき、過去10年間さまざまな施策が行われてきたが、依然入院中の精神障害者の2/3が1年以上の長期入院となっており、依然として地域移行は進んでいない。一方、イタリアは1978年に精神病院への入院を禁止する通称バザーリア法が成立し、公立単科精神病院を廃止し、精神保健センターと総合病院の精神科病床と地域の居住施設等により、精神障害者の地域生活を支えてきた。バザーリア法から40年を経過したイタリアの地域精神保健実践は、いまだに精神科病院中心の精神医療から地域精神保健福祉中心への転換に苦労している日本の実践に大きな示唆を提示できる<sup>1)</sup>と考える。一方、イタリアの地域精神保健サービスの実情については、書籍や日本人の保健医療福祉関係者による報告等はいくつかあるものの<sup>2,3)</sup>、研究論文として発表されたものは少ない<sup>4,5)</sup>。またイタリアの地域精神保健システムにおける看護師の役割や活動に関する日本語文献は、筆者が探した範囲では見つからなかった。そこで、2016年11月15日(火)から24日(木)、イタリア精神

保健の視察研修(特定非営利法人 精神保健福祉交流促進協会主催)に参加し、トリエステ、ヴェローナ、アレツォ、ヴァルディキアーナを訪問し、各地の精神保健センター、総合病院内の精神科病棟、大学病院内精神科病棟、グループホームなどを視察した(図1)。



図1 イタリア共和国

本稿では、わが国の地域精神保健システムの充実に向けての一助となることを目的とし、イタリアの地域精神保健システムについて、現地視察による実態調査に加え既存文献資料からの情報もふまえ報告する。

なお、現地研修講師陣の実名ならびに施設写真、録音内容を参加者が研究発表で使用するについては許可を受けている。

## 2. イタリアの地域精神保健システム改革の歴史<sup>2,4,6,7)</sup>

### 2.1 隔離収容の時代（精神科病院）

精神保健法（第36号法、ジョリッティ法、1904年）は「精神障害者は社会にとって危険」という治安モデルにもとづいており、入院は、医師・警察・裁判所の命令により強制的に行われていた。精神科への入院歴は戸籍に残り、禁治産宣告を受け、結婚できず、選挙権・車の免許の剥奪など市民権や社会的な地位を剥奪される状況にあった。

### 2.2 精神病院廃絶法（第180号法、バザーリア法）の成立、1978年

1960年代に入り、国民のモラル意識や民主的開放的社会志向が高まり、精神科病院への自由入院が導入された（第431号法、マリオッティ法、1968年）。精神保健改革の父と呼ばれるフランコ・バザーリアがゴリツィア県立精神病院長に就任し「自由こそ治療だ」を合言葉に、約800人いた入院患者を約300人に減らした。

1978年には第180号法（通称バザーリア法）が成立した。その内容は、「精神科病院の新設、ならびにすでにある精神科病院への新規入院と再入院を禁止する」「コミュニティを基盤とした精神科医療サービスを提供する」「入院（自発的入院・強制入院）は緊急時に限り、総合病院内の小規模病棟（15床以下）において行われる」というものであった。

### 2.3 「精神保健擁護の3年計画」、1994年

法律制定後すぐにイタリア全土で公立精神科病院が廃止されたわけではなく、州ごと地域ごとに大きな差があった。1980年8月29日にバザーリアが亡くなった後は地域精神保健改革は停滞した。1984年バザーリアの妻フランカが上院議員に選出され改革反対派に対して第180号法の遵守のために奮闘した。

1994年「精神保健擁護の3年計画」により、

大統領令によりトリエステ型地域精神保健サービスを全土で実施すること、精神科病院の3年以内の廃止が命じられ、1999年にはイタリア全土から公立精神病院がすべてなくなったことが宣言された。

## 3. イタリアの医療システムと地域精神保健サービスのしくみ<sup>6-11)</sup>

イタリアはヨーロッパの南部に位置し、国土は特徴的な長靴型のイタリア半島とシチリア島やサルディーニャ島などの島々からなる。国土面積は日本の約4/5にあたる301千km<sup>2</sup>である。国土は山がちであり、アルプス山脈やアペニン山脈がある。人口は、6060万人で日本の約半分である（2018年1月推計値）。GDPは19,379億ドル（2017年：IMF推計値）で1人あたり名目GDPは31,984ドル（2017年：IMF推計値）である。地方自治体として、20の州（普通州15、特別自治州5）、その中に110の県、さらにその中に8,101のコムーネ（日本でいう市町村）がある。

### 3.1 国民保健サービス（SSN : Servizio Sanitario Nazionale）

イタリアでは「全ての国民が保健サービスを受ける権利を持つ」という理念のもと、全国民を対象とした国民保健サービス（SSN）が、1978年以降制定された。同サービスでは、すべての国民が扶助必須レベルの保健サービス（Livelli essenziali di assistenza ‘Lea’）を実質無料で受けることができる。

### 3.2 地域保健公社（ASL : Azienda Unità Sanitaria Locale, 旧USL）（図2）

SSNの実施主体が地域保健公社（ASL）である。各都市の人口割で設置されている。医療保健・社会サービスなど幅広い機能を持ち、その機能の一部が精神保健サービスである。健康保険料で賄われる。国は財源を人口割で州に配分し、州は同様の方法でASLに配分する。そのうち精神保健に何%使うかはASLの代表の裁量で決まる。

1978年に第180号法制定後、国民総合保健計画833号が可決され、イタリア全土が150に地区割りされ、USL（Unità Sanitaria Locale）と名付けられたが、うまく機能しなかったため、政府は833号を手直しし運営方法を変更してASLとなった。地区割りはUSLを踏襲するところもあったがもっと大きな地区に再編したところもあ

る。USL に対する財源的な権限と人員に関する権限は州が、管理の権限についてはコムーネが有していたのを、すべて州に一本化した。USL では一元化されていた病院サービスと地域サービスを分けた。病院サービスは、医療の専門別に区分されている。地域サービスは、精神保健サービスを担当する精神保健局と各種の依存症サービスを担当する依存局に分かれる。

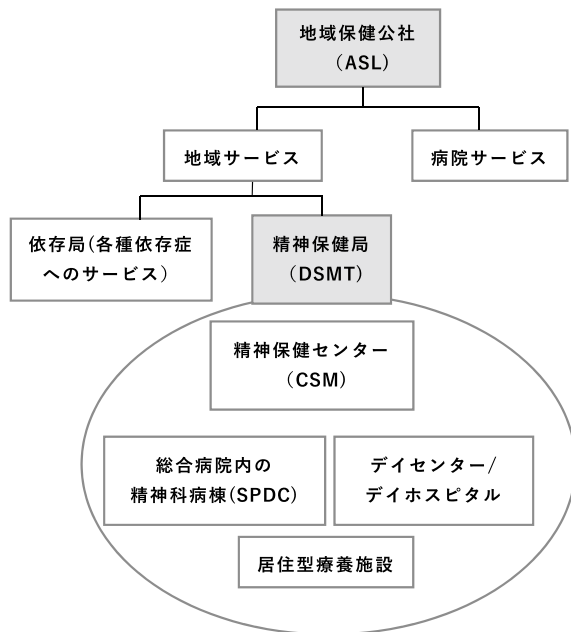


図2 イタリアの精神保健サービス  
※文献 11) の図を著者が改変

### 3.3 精神保健局 (DSMT : Dipartimento della Salute Mentale)

ASL の精神保健サービスを実際に提供する。精神保健局は、予防・治療・リハビリテーションを行うために以下の機能を持つ。①精神保健センター (CSM)、②総合病院の精神科医療サービス病棟 (SPDC)、③準在宅型の療養生活を支えるための機関 (デイセンター、またはデイホスピタル) ④居住型療養施設 (ハーフウェイハウス：中間施設)

精神保健局は、一般的には人口 15 万人を担当する。精神保健局は良質な精神科関係職員を住民 1500 人に 1 人以上配備する。その職員は、医師、臨床心理士、看護師、ソーシャルワーカー、教育士、作業療法士で適切に構成されなければならない (精神保健の擁護 3 年計画, 1994 年)。

#### (1) 精神保健センター (CSM : Centro di Salute Mentale)

人口 5-10 万人につき 1 センター。地域精神保健サービスの中心で、救急サービスと在宅サービスの拠点である。住民が精神に不調をきたした場合、新患であれ再診であれまず CSM にコンタクトする。週に 6 日、1 日 12 時間以上開所している。年中無休 (24 時間稼働) のセンターも一部ある。外来診療、危機介入、心理教育、住居支援、リハビリテーション、就労支援、家族相談、訪問サービス等を行っている。基本的に病床はないが地域によって異なる。

#### (2) 総合病院の精神科医療サービス病棟 (SPDC : Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)

総合病院内に設置された救急病棟で人口 1 万人あたり 1 床設置することとなっている。1 つの総合病院内の SPDC に設置できるベッド数は 15 床以下と決められている。入院期間は最大 6 日間で、任意入院が基本であるが強制的医療介入 (TSO) もある。特に重篤な急性期症状患者に対する最低限の病院内受け入れを保証している。SPDC は総合病院内にあるが、あくまで地域精神保健サービスの一部である。入院した時点からすぐに地域の精神保健センター (CSM) の職員との連携が図られ SPDC を出た後に地域でどのように対応するかについて、SPDC と地域の職員が協力して方針を決め退院を促進する。

#### (3) 準在宅型の療養生活を支えるための機関 (デイセンターまたはデイホスピタル)

デイセンターは、リハビリテーションを目的とし、1 週間で 6 日以上、1 日 8 時間以上開所している。住民 1 万人に 1 か所以上設置することとなっている。活動内容は、スポーツ、音楽など様々である。デイホスピタルの主な機能は薬物治療、重複疾患診断であり、できるだけ入院を回避できるように支援することである。病院内に設置して SPDC と連携・協働したり、病院外に設置し精神保健センターと連携・協働することもできる。1 週間で 6 日以上、1 日 8 時間以上開所している。住民 1 万人に 1 か所以上設置することとなっている。

#### (4) 居住型療養施設 (ハーフウェイハウス：中間施設)

人口 1 万人に 1 床設置する。次の 3 つのタイプ



がある。看護師などの職員が24時間常駐する施設、6-12時間滞在する施設、アパート（患者は自立して生活しており職員が時々様子を見に来る）。スタッフはASLの職員、教育士、精神科リハビリ専門員などである。

### 3.4 社会協同組合（コーペラティブ）

バザーリアが入院患者の精神病院での労働を正當な労働として評価するように求めた取り組みなども含めて1970年代から発展してきて1990年に法律が成立した。社会協同組合は、市民の、人間としての発展及び社会参加についての、地域の普遍的な利益を追求することを目的としている。A型とB型があり、A型は社会福祉、保健、教育等のサービスの運営を担う協同組合で、B型は社会的不利益を被る者の就労を目的として、農業、製造業、商業及びサービス等の多様な活動を行う協同組合である。

## 4. イタリアの地域精神保健サービスの実際

### (1) トリエステ（フリウリ＝ヴェネツィア・ジュリア州の州都、トリエステ自治県の県都）

トリエステは1973年にはWHOによって精神保健サービス事業のパイロット地区に指定された。トリエステ県は人口22万人で、精神保健センター（CSM）は4か所ある。

ガンビニ精神保健センターは、1974年にイタリアで初めてできたCSMである（図3）。トリエステでは入院機能があることが特徴的で、ベッドは6床ある。センターの正面玄関や病室は施錠されておらず常にオープンでモニターもない。病院ではないので予約なしでも来ることができる。来所経路は、本人が直接来る場合の他、電話でアポイントメントをとってから来る場合、家族や近所の人と一緒に来る場合、SPDCから来る場合、かかりつけ医からの紹介で来る場合などがある。自傷他害などの重症患者は年間10名弱程度で、警察官などと協力して対応している。入院期間は1週間程度である。センター長は「もし患者が逃げたくなったり、攻撃的になったらどうするのかと質問されるが、患者は出られないから出なくなる。オープンにしておくことで自分で出たらよいか判断できるようになる」と説明された。週に約1回の頻度で訪問サービスも行っている。なお、センターは健康保険（国・市）を使って無料で利用できる。

マッジョーレ総合病院に併設されている救急セ



図3 ガンビニ精神保健センター（トリエステ）

ンター（SPDC）は、総合病院内にあるが精神保健局（DSMT）管轄下であり、地域保健サービスの一部である<sup>12)</sup>。精神保健センター（CSM）との連携・協力が密に行われている。ベッド数は6床。スタッフは精神科医1名、看護師2名、ヘルパー2名からなる。薬局とトイレ以外は施錠できないことになっている（※注：イタリアのSPDCの80%ではドアは施錠されているようだ）。勤務シフトは午前・午後・夜（深夜）勤務。土曜日は輪番制でトリエステの各精神保健センター（CSM）の医師が来る。日曜日と祝日はオンコール体制。トリエステ内のすべてのCSMのオンコール体制なので他CSMに行かなくてはならない場合もある。精神科医は総合病院に救急搬送された患者について、診断・精神科治療（薬物投与）の必要性を判断する。血液検査など一般的な身体的検査を経て、精神疾患があると分かった時点で基本的には患者の居住地のCSMにつなぐ。また複雑な問題（アルコールや薬物依存）がある場合は専門機関につなぐ。身体疾患を合併している場合は総合病院内の内科や外科に連絡する。医師は、「実際にSPCDにいる職員数は非常に少ないので、患者の病状が悪い時は、CSMから人を呼び、患者のそばにいてもらう。患者と一緒にいる方法を一生けんめいに考えながらその方法を解決に使う」と説明された。

社会協同組合は精神病院跡地であるサンジョバンニ公園内のレストランやリサイクル、バラ園の仕事を請け負っていた。同公園内にある「リハビリテーションと住居の部門」に勤務するコラピエトロ先生はトリエステで初の社会協働組合の設立に関わった方である。先生は大学で法律を学んでいたが、バザーリアの話に感銘を受け精神保健改革運動に加わった。1980年代初めにCSMの1つで働き始めた際に「薬や治療には限界があるのではないかと、失業が原因で精神病になっている人が多いのではないかと」気づき、CSMの屋根裏部屋にラボ（作業場）を作った。そのプロジェクトが次第に大きくなり社会協働組合となり、先生はトップとして18年間働いた後、6年前から現在の部門に戻ったそうである。

## (2) ヴェローナ（ヴェネト州）<sup>5,6)</sup>

ヴェローナ市はヴェローナ県の県都で、人口は約27万人である。ヴェローナ市は3つの地区に分けられており、そのうちの1つである南ヴェローナという人口約75000人の地区の地域精神保健サービスをヴェローナ大学医学部が担当している。2003年からは周辺の小さな自治体もサービスに参加したため、人口10万人を担当している。ヴェローナ大学医学部は1978年のバザーリア法の考え方を受け入れた。イタリアの大学では、精神医学は神経学からの分離が遅く研究中心であったので、地域精神保健を大学の医学部が担当するのは例外的で、ヴェローナ大学が最初に試みた。精神保健センター（CSM）は、1980年に開設された。週6日、1日8時から20時まで開所している。大学病院の精神科病棟（SPDC）は16床ある。その他にデイホスピタルと外来部門、精神療法部門、居住型療養施設（24時間職員がいる住居ケア、6-12時間職員がいる住居、アパート）、WHOとの協働センター（調査と研修を行う）がある。南ヴェローナ地区は3つに分けられており、精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、看護師、研修医、学生からなるスタッフも3つのチームに分かれてそれぞれが1つの地区を担当している。チームは家庭訪問による介入から病棟のケアまでを一括して受け持っている。

## (3) アレッツォ県（トスカナ州）

アレッツォ県は人口約35万人。アレッツォ県の精神保健サービスは、アレッツォ、ヴァルディバリーナ、ヴァルダルノ、ヴァルディキアーナ、

カセンティーノの5つの地区に分かれており、各地区に精神保健センター（CSM）がある<sup>13)</sup>。各地区の精神保健センター（CSM）が核となって地区サービス、治療サービス、住居サービス、準在宅型サービス（デイセンター・デイホスピタル）を提供している。

アレッツォ地区の精神保健センター（CSM）は14万5千人を対象としたゾーン（コムーネでいうとアレッツォと周辺地域）を担当している。センターは8時から20時まで開所しており、24時間（午前・午後・夜体制）365日サービスを提供している。外来サービスや訪問サービス、家族への心理教育の他、運動やレクリエーションのプログラムや不安やうつ病の人のためのグループなどを提供している。定期的な訪問サービスの場合、訪問頻度は、1回／週が一番多いが、患者の状態が良くないと聞いた時は緊急訪問を行う。また大学病院や総合病院の救急サービス（SPDC）から退院したばかりの時は、1-2回／日訪問することもある。症状が落ち着いてからは1回／2週間や1回／月の訪問となる。14万5千人のうち実際に訪問サービス対象として登録されている人は2千人で、そのうちの1400人は年に数回以上の治療を受けている人であり、その中で訪問サービスの利用者は300-400人くらいである。訪問サービスは、緊急の場合は医師も行くが基本的には看護師、ソーシャルワーカー、教育士が訪問する。

精神保健局長のチェザリ医師は、「1950年に亡くなったピラツィーニ医師は82歳まで現役で仕事をしており、訪問にも行っていた。当時そのようなこと（訪問サービス）をする人はいなかったのでアレッツォでは偉大な先生だった」と話した。

アレッツォ総合病院内の精神科医療サービス病棟（SPDC）は、アレッツォ市の人口は11万人であるが予算の関係上ベッドが7床しかない。年間30人ほどの利用がある。勤務体制は、日中は看護師1名、介護福祉士1名、夜間は看護師2名。入院の場合は精神保健センター（CSM）の医師や担当の看護師が関わる。入院形態は任意入院と強制入院がある。入り口は鍵がかかっているが本人の状態によって出入りできる。入院後すぐにミーティングが実施され自分の問題を理解したうえでプログラムを選択する。ミーティングは看護師が実施する。入院期間は基本的に7日間である。入院中は主に看護師による心理教育プログラムが、6,7人の患者グループに行われる<sup>13)</sup>。

精神病院跡地には、若者向けグループホームが

ある。18-45 歳くらいまでが利用でき、12 人まで利用が可能。平均利用期限は1年半。職員が3交代で常駐している。1部屋に2ベッドあり、共有のキッチンやリビングがある。利用者それぞれがグループホームの決まりを守り、日常生活（掃除・洗濯・料理・買い物など）のリハビリを行う。日中は外にあるデイケアセンターの活動に参加するほか、利用者同士の自由なミーティングや、精神科医によるグループミーティングや職員と一緒に外出したりする<sup>13)</sup>。

（ヴァルディキアーナ地区については、精神保健センター長より主にリハビリテーションプログラムについての説明があったが、紙面の都合上割愛する。）

## 5. 医療者の精神障害（者）観

研修で出会った医療者の考え方には、「患者の人権尊重」「信頼関係やコミュニケーションを重視」「精神医学における診断や治療への疑問」などの共通点があった。

トリエステの総合病院のSPDCの精神科医は、「（鍵を）閉めれば閉めるほど（患者との）関係性が築かれず、ずっと鍵を閉めたままの状態が続く」「（鍵を）閉めないで（治療を）行う方法としては、（患者と）関係を築くしかなくなる、最初は薬だけが関係性を築く方法をずっと続けてくるうちに今は鍵もいらなくなる」と話した。また「精神病院を閉鎖して地域システムを作るためには絶対オンコール制度も必要であり、トリエステではこれができているが、現実的にはすべてのイタリアでできているわけではない。別の都市では、職員が足りないからと往診も予防もできずに病院に送ってしまうというシステムの所もある」そうで、「イタリアの南の地域では地域精神保健システムがうまく機能していない」とのことであった。

トリエステのリハビリと住居部門のコラピエトロ先生は、かつてバザーリアと共に精神保健改革を行った経験について次のように語った。「患者は精神病で苦しんでいる上にさらに自由を奪われることでさらに病状が悪化するのではない。隔離は患者にとって良いからではなく、一般の人々にとって必要なのであり、患者を精神病院から開放し町に戻していこうと考えた」「バザーリアと自分たちは、精神医学と言われているものは存在しないのではないかと、精神科医たちがそういうものを作り上げているのではないかと考え、従来の精神医学を改革し新しい体制でやっていこうと

思った」「例えば自分の兄弟が不安症で不眠がある時に、隔離するのではなく原因（例えば仕事や恋人との関係性など）や解決策について一緒に考え、どうすれば症状と共存できるのかについて考えたい。精神医学の『不安障害』という診断名には、患者が良くなる権利がない」。

ヴェローナ大学医学部のブルチ教授は、「統計的に、軽症で入院の必要がないレベルの人が精神病院に長くいると症状が重くなったり問題を起こしてしまうことが多い。精神病院は治すところではなく悪化させる所だ」と話し、ゴッフマンの著書「アサイラム」に触れ、「環境によって自己に対する感情が変化する。例えば私は今、日本の人達が講義を聞いてくれているから『先生』なのであり、気分も良く物事をポジティブにとらえることができるが、もしも体格の良い看護師に羽交い絞めにされて、ベッドに縛り付けられ、『あなたの頭がおかしいから、あなたが悪いから』と言われたら、自己のイメージは数分間で180度変わる」「現代の精神医学における診断名は具体的で科学的なので、患者が受けるダメージは昔に比べて大きい」と話された。

アレツォ精神保健局長のチェーザリ医師は、「定期的な訪問サービスは、できるだけ同じ看護師が担当することになっている。患者の状態が悪く訪問を拒否された時は、以前状態の良い時に『調子が悪い時に訪問してください』と言っていたことを信じて訪問する。何度も訪問するうちに、患者は『この人はほんとに興味を持っているのだ』と感じて、再度治療につながるが多い。」と話した。

前アレツォ精神保健局長のダルコ医師は、「医者はいつも話す方で患者の話を聴くことが少ないので、医師はまず患者の話を聴くこと」「医者と看護師が大切だと思っていることは、患者にとって大事なことであるので患者と情報共有すること」「困難な状況の時に医療者は自分の不安な気持ちや患者に伝えてはいけない。患者も不安になってしまう」「患者に『以前と同じことをできるようにになりなさい』とは言わないこと。病気の人ができないことはたくさんあるので、本人にとって何が良いのか、一人ひとりへの対処を考えていくことが大事である」と話した。

## 6. 考察

今回の視察と文献調査を通して明らかになったイタリアの地域精神保健システムの実情と課題、

日本への適用可能性について以下に述べる。

#### (1) トリエステを中心としたイタリア北部の先進的な地域精神保健システム

本稿で取り上げたトリエステ、ヴェローナ、アレツォは先進的な地域精神保健システムが機能していた。トリエステはバザーリアが精神保健改革を行った土地であり、かつてバザーリアと共に働いた人々が現在も第一線で活躍しており、今回の研修でコラピエトロ先生の話からもバザーリアの精神が浸透していることを実感した。またWHOがトリエステを地域精神保健システムのモデル地区に認定していることで高いサービスの質を保ち続けることを可能にしていると考ええる。ヴェローナは、ヴェローナ大学医学部がイタリアの大学としては初めて地域保健サービスを担当する試みを始め、実践を医学教育と研究に生かしてきた先進的な地域である。さらにアレツォは、バザーリアがゴリツィア病院長時代に共に働いたピレツァ医師が1971年にアレツォの県立精神病院長に赴任し、精神病院の改革を行った<sup>2)</sup>。またそれより以前に地元ではピラツィーニ医師が当時としては先駆的な訪問サービスを行っており、地域精神保健システムが進んだ地域である。

一方、今回の研修において関係者の話から、イタリアの地域精神保健サービスシステムは地域格差があり、トリエステを中心としたイタリア北部とローマ以南の地域では状況が異なっていることが分かった。今回の視察先にイタリア南部は含まれていなかったため、南部の地域精神保健システムの実態については明らかにできなかった。この点については、日本で脱施設化が進まない原因を考えるうえでも有用と思われるので、今後は南部の状況についても調査する必要がある。

#### (2) 精神保健センターと総合病院内の精神科治療病棟の役割

トリエステに代表されるイタリア北部の先進的な地域精神保健システムの日本への導入の可能性について考える際に、精神保健センターと総合病院の精神科の位置づけや役割が重要であると考ええる。イタリアの地域精神保健システムにおいて精神保健センターは中心的役割を担っており、閉鎖した公立精神科病院に代わって、医学的な治療(外来機能、トリエステでは入院機能も持つ)を行っている。また総合病院内に併設された精神科医療サービス病棟も、精神保健センターと連携して急性期の患者に対する治療を行っている。

一方、日本では精神保健センターの主な役割は保健所を中心とする地域精神保健業務を技術面から指導・援助することである。総合病院の精神科についてはもともとわが国では普及していない上に、近年さらに減少傾向にあり<sup>14,15)</sup>。医療上のニーズがあるにもかかわらず、経営上の負担(入院収入の低さ)により総合病院の精神科外来や病棟が閉鎖されているという課題が指摘されている<sup>15)</sup>。

#### (3) 住民へのきめ細かな精神保健サービスの提供

イタリアは国土が南北に長く山岳地帯が多くを占め、山間の小さなコムーネが多い。ややもするとサービスの行きわたらない地域がありそうだが、国民保健サービス(SSN)によりすべての国民が保健サービスを受ける権利が保障されている。またSSNの実施主体である地域保健公社(ASL)は人口割で設置されており、地域精神保健サービスも基本的に人口割で供給される。しかし精神科サービスへの予算配分はASLによって決められるため地域によって格差が生じているのも現実である。またイタリアでは精神保健医療福祉専門職は地域精神保健局の公務員であるため、施設やサービスの枠を超えて柔軟かつ継続的な働きをすることが可能である。一方、日本の精神保健医療福祉サービスは都市部に集中しており地域格差があることが課題となっている<sup>16-18)</sup>。歴史的に社会の治安維持への要請と病院経営上の利害等が結びついて、現在なお続く日本型精神医療供給体制(民間病院への依存度が高いこと)が指摘されている<sup>19,20)</sup>。また精神保健医療福祉スタッフはそれぞれの機関や施設に所属しているため、保健医療福祉の連携が常に課題となっている。

#### (4) 日本における脱施設化と地域精神保健システムの充実に向けて

以上より、トリエステ方式の地域精神保健システムを日本に適用するためには、抜本的な精神保健医療福祉システムの改革が必要となることが予想され、実現は容易ではないことがうかがわれる。一方、日本でも当事者本位の地域精神保健サービスを目指す試みは、いくつかの地域で行われてきた。大熊によれば<sup>2)</sup>、1970年代の精神障害当事者のための民間共同住居「やどかりの里」や北海道浦川町の「べてるの家」の取り組みに始まり、最近では2000年の包括型地域生活支援プログラム(ACT)がある。これは厚生労働省試行事業ACT-Jとして全国5か所でモデル事業を展開



する予定だったが財務省による予算がつかず2008年で終了したが、この研究事業によりACTの効果を実感した同志により、全国数か所で実践が始まっている<sup>2)</sup>。

イタリアでは、バザーリアの遺志を引き継いだ専門職が主に北部を中心に活躍しており、質の高い地域精神保健サービスをイタリア全土に普及しようとしている。またヴェローナ大学に代表されるように地域精神保健センターの一部を大学医学部の精神科にゆだねて、地域精神医療を担う人材を育成することを促進している。

今回のイタリア北部で先進的な地域精神保健福祉を実践する専門職たちの話を聞いて感じたことは、イタリアと日本では歴史や文化、保健医療福祉のシステムは異なっている、当事者を尊重した人道的な理念にもとづく精神保健医療福祉サービスの重要性についての認識は同じであった。外国の優れたシステムを導入してもその理念を理解していないと機能しないであろう。したがって今回の研修の成果を周知する際には、表面的なシステムの違いにとらわれることなく、基本的な理念をよく理解して伝えていくことが重要であると考える。

### 謝辞

本研究の実施にあたり、お世話になった特定非営利法人精神保健福祉交流促進協会代表の故仁木美知子様、事務局の仁木守様に深く感謝申し上げます。本研究の一部は平成28年度学内研究助成を受けて実施した。

### 利益相反

なし

### 引用文献

- 1) 藤井達也:2008~2010年度科学研究費補助金基盤研究(B)、地域精神保健におけるピア・サポート活動推進を目的とした日伊比較調査。科学研究費補助金研究実施報告書, 2011.
- 2) 大熊一夫:精神病院を捨てたイタリア捨てない日本。岩波書店, 2009.
- 3) 國方弘子:精神科病院を閉鎖したイタリアからの学び。メンタルヘルスとウエルフェア, 7,48-51,2016.
- 4) 内山繁樹, 塚田尚子:精神科病院のないイタリアの地域精神保健サービス トリエステを視察して。関東学院大学看護学雑誌, 2(1), 61-67,2015.
- 5) 藤井達也:地域精神保健福祉における多様なピア・サ

ポート推進—ヴェローナの社会的協同組合の事例調査と文献研究に基づく提案—。上智大学社会福祉研究, 36,19-51,2012.

- 6) 特定非営利法人 精神保健福祉交流協会:精神保健福祉 国際セミナー 2015 イタリアにおける心理社会的リハビリテーション—過去・現在・近未来—。2015.
- 7) Burti L, Burti L, Canova E et al: An Approach to Interdisciplinary Mental Health Work in South-Verona, Italy. Yeager KR, Cutler DL, Svendsen D. et.al. eds.:Modern Community Mental Health. Oxford University Press, New York, 85, 2013.
- 8) 坂本沙織:イタリア4都市の精神保健の取り組みの比較—社会復帰という最終目標までの各都市の挑戦—。メンタルヘルスとウエルフェア, 7,111-120,2016.
- 9) 外務省:イタリア共和国基礎データ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/italy/data.html> (accessed 2018/9/19)
- 10) 濱田健司:イタリアの社会的農業と精神保健。共済総合研究, 76,81-101,2018.
- 11) 松嶋健:プシコナウティカ イタリア精神医療の人類学。87,201-202, 世界思想社, 2014.
- 12) 特定非営利法人 精神保健福祉交流促進協会:RPJ News 2016年 11月号, 1,2016.
- 13) 仁木美知子:アレッツォ, ヴァルディキアーナの精神保健。メンタルヘルスとウエルフェア, 7,121-132,2016.
- 14) 佐藤茂樹:精神医療における二次医療圏の創設に関わる総合病院精神科の機能。精神神経学雑誌, 102(2), 184-191,2000.
- 15) 藤原修一郎:総合病院精神科再生の処方は可能か?精神神経学雑誌, 110(11), 1082-1089,2008.
- 16) 伊藤弘人, 濱野強:福祉サービスの地域差。精神医療, 38,34-42,2005.
- 17) 小山智典, 立森久照, 竹島正:精神科病院の地域格差。精神医療, 38,8-16,2005.
- 18) 谷本千恵, 石井了恵, 坂上章, 他1名:過疎地域における精神障がい者の地域生活支援の現状と課題。日本ルーラルナース学会誌, 9,27-36,2014.
- 19) 後藤基行:戦前期日本における私立精神病院の発展と公費監置—「精神病者監護法」「精神病院法」下の病床供給システム—。社会経済史学, 78(3), 47-70,2012.
- 20) 青山智香:精神科病院をめぐる歴史的課題と矛盾の構造。高田短期大学介護・福祉研究, 3,55-64,2017.

## **Current Conditions and the Process of Psychiatric Reform in Italy: Considerations for Introducing an Innovative Italian Community- based Services Model to Japan**

Chie TANIMOTO

### **Abstract**

Deinstitutionalization of psychiatric hospitals in Japan has been slow and a large number of psychiatric care beds are used by long-stay chronic patients owing to dependence on private mental hospitals. It is important to protect patients' human rights and improve community-based care. The current study sought to survey the current conditions of psychiatric reform in Italy. Information was gathered by visiting Italy and conducting a bibliographic survey. Community mental health centers play a central role in the community-based medical services model in Italy, and rehabilitation by multiple professional teams is also important. Regional differences were found in mental health care services in the country. As typified by Trieste, mental health services in Italy are more developed in northern regions compared with southern regions. Additional investigation is required to comprehensively understand the optimal approach for introducing an advanced Italian community-based mental health care model in Japan.

**Keywords** Italy, Trieste, community mental health, deinstitutionalization